

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADOLESCENTES
CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE
TRANSICIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ
ELEUTERIO GONZÁLEZ".

Por

DRA. LUCERO VALDERRAMA IRACHETA


Como requisito para obtener el grado de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA


Febrero 2020

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADOLESCENTES
CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE
TRANSICIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ
ELEUTERIO GONZÁLEZ".

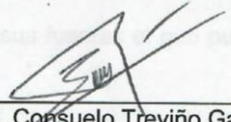
Aprobación de la tesis:



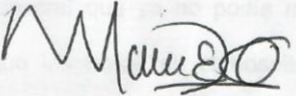
Dr. Fernando García Rodríguez
Director de la tesis



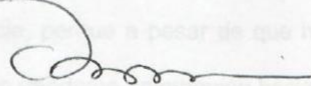
Dr. Fernando García Rodríguez
Coordinador de Investigación



Dr. med. Consuelo Treviño Garza
Coordinador de Enseñanza



Dr. med. Manuel Enrique de la O Cavazos
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

Es un gran honor para mi el poder dedicar el siguiente trabajo a las personas más importantes y que fueron claves para alcanzar mis metas.

Con mucho amor se lo dedico a mis padres, Elvia y Ascención, y mi hermana Reyna, sin ustedes nada de esto hubiese sido posible. A pesar de las dificultades por las que pasamos y los sacrificios que hicieron, ustedes siempre estuvieron presentes y me apoyaron para continuar adelante. Lamento haberlos hecho madrugar e incluso haberlos hecho preocupar en mis noches de desvelo.

A mis amigos de la licenciatura, que ahora se han convertido en mis hermanos, por estar ahí a pesar de que ya no teníamos tanto tiempo para reunirnos; mil gracias por intentar con todas sus fuerzas el que pudiéramos pasar momentos divertidos.

A mis ahora colegas de la generación. Ustedes que me ofrecieron unos brazos donde sujetarme cuando creí que ya no podía más; mis queridos amigos y compañeros con los que las horas en el hospital se volvieron divertidas y relajantes.

A mis profesores, que me instruyeron durante estos tres años, agradezco de inmensa manera su paciencia, porque a pesar de que haya cometido errores, confiaron en mi y continuaron dándome un empujón hacia adelante.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	
1. RESUMEN.....	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	3
Capítulo III	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
Capítulo IV	
4. JUSTIFICACIÓN	7
Capítulo V	
5. OBJETIVOS	8
Capítulo VI	
6. MATERIALES Y MÉTODOS	9
Capítulo VII	
7. RESULTADOS.	12
Capítulo VIII	
8. DISCUSIÓN	18
Capítulo IX	
9. CONCLUSIONES.....	22

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA.23

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO. 25

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	
Descripción de padecimientos psiquiátricos en la población	14
Tabla 2.	
Factores de riesgo para presentar algún trastorno psiquiátrico.....	15
Tabla 3.	
Factores de riesgo para presentar algún trastorno del estado del ánimo	
.....	15
Tabla 4.	
Factores de riesgo para presentar algún trastorno de ansiedad	16
Tabla 5.	
Factores de riesgo para presentar algún trastorno de ansiedad	
(excluyendo fobia específica)	17

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.

Historia psicológica previa..... 13

CAPÍTULO I

RESUMEN

Antecedentes

La adolescencia es una etapa de la vida donde ocurren múltiples cambios físicos y emocionales. Los pacientes que se encuentran dentro de este periodo de tiempo y que padecen alguna enfermedad crónica, son especialmente propensos a desarrollar trastornos de ansiedad o del estado del ánimo. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en adolescentes que son atendidos en la Clínica de Transición de nuestro hospital, así como identificar los posibles factores de riesgo asociados con el desarrollo de estos.

Materiales y métodos

Se analizaron los datos de 41 pacientes con una mediana de edad de 17 años (RIQ 16 – 18) a los cuales se les realizó una única evaluación con la entrevista Mini KID al momento de ingresar en la Clínica de Transición. A los pacientes que puntuaron positivo para algún trastorno psiquiátrico en la entrevista, se les realizó la confirmación de la enfermedad mediante la evaluación por paidopsiquiatra. Todos los resultados de la entrevista se relacionaron con diversas variables sociodemográficas de los pacientes.

Resultados

El 66% de la población en estudio resultó positiva para uno o más diagnósticos psiquiátricos. Encontrándose los trastornos del estado del ánimo y de ansiedad como los más frecuentes (20% y 45.3%, respectivamente). En cuanto a la historia psiquiátrica previa, se observó que 10 pacientes (24%) habían presentado ideas de muerte, 4 pacientes (10%) había presentado ideación suicida y solamente 1 había realizado un intento suicida. Al hacer el análisis de las variables sociodemográficas no se encontró significancia estadística con respecto a la relación con la enfermedad de base y el desarrollo de algún trastorno psiquiátrico específico. Sin embargo, se demostró que el haber tenido ideas de muerte aumentaba el riesgo de desarrollar depresión, distimia ($p = 0.013$) y trastornos de ansiedad ($p = 0.017$). Al excluir la fobia específica, se observó que el encontrarse en una relación sentimental aumentaba el riesgo de trastornos de ansiedad ($p = 0.043$).

Conclusiones

Independientemente de la enfermedad de base, se observó que los factores socioambientales contribuyen de manera importante para el desarrollo del algún trastorno psiquiátrico. Por lo tanto, es primordial desarrollar y establecer estrategias multidisciplinarias para realizar un diagnóstico temprano y mejorar la calidad de vida del paciente.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida que se define por la OMS como el periodo de desarrollo humano que ocurre posterior a la niñez y previo a la edad adulta, entre los 10 y 20 años¹. Durante este tiempo, los jóvenes experimentan de manera acelerada múltiples cambios tanto físicos, fisiológicos como sociales y psicológicos; siendo individuos incapaces de comprender plenamente conceptos complejos, ni la relación de una conducta y sus consecuencias¹.

En esta etapa, según la teoría de Piaget, se lleva a cabo una transición entre el pensamiento operacional concreto y el pensamiento lógico formal (abstracto); esto incluye capacidades para manipular expresiones algebraicas, razonar a partir de principios conocidos, valorar diferentes puntos de vista y pensar sobre el proceso mismo del pensamiento. Sin embargo, algunos adolescentes pueden adquirir esta capacidad de manera tardía o nunca desarrollarla, siendo incapaces de aplicar el pensamiento lógico a los dilemas personales. Esto puede producir que tomen acciones eligiendo el pensamiento operacional más concreto o el pensamiento mágico²; lo que los lleva a desarrollar conductas de riesgo y a experimentar problemas de adaptación social y salud mental.

Estos problemas de salud mental se describen con mayor frecuencia o se manifiestan de manera florida en pacientes que padecen enfermedades crónicas de cualquier índole, tanto en adolescentes como adultos, especialmente si están afectando directamente su calidad y estilo de vida. Se ha descrito que las relaciones del adolescente temprano con la sociedad se centran en la escuela², la cual se puede ver significativamente afectada por dichas enfermedades

crónicas. Estas alteraciones en el entorno del adolescente pueden afectar tanto su desempeño académico como su estado emocional, provocando el desarrollo de patologías psiquiátricas tales como ansiedad, depresión, trastornos del ánimo y comportamiento, fobias, etc.

Se ha descrito en distintos países, que los pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo las reumatológicas, presentan una prevalencia mayor de trastornos psiquiátricos tales como ansiedad y depresión comparándolos con la población en general^{3,4}. En un estudio multinacional de la OMS donde participaron 14 centros de atención primaria de algunas ciudades representativas alrededor del mundo; se detectaron trastornos psiquiátricos en 24% de los pacientes que buscaban tratamiento⁸. Se ha observado que hasta un 13 al 20% de los adultos con artritis reumatoide padecen depresión, junto con un aumento progresivo en la prevalencia de ansiedad, yendo desde el 21 al 70% de los pacientes³. No se ha documentado la prevalencia de trastornos del ánimo en niños y adolescentes con el síndrome de fibromialgia juvenil, sin embargo, en los adultos se encuentra alrededor del 24 al 34%. En un estudio realizado en niños y adolescentes con fibromialgia, se demostró que estos pacientes son altamente vulnerables para desarrollar trastornos emocionales; siendo los trastornos de ansiedad (fobias específicas, ansiedad generalizada y trastornos de pánico), los más comúnmente encontrados⁸.

La inflamación y dolor crónico existente en estas patologías contribuye en la alteración de la respuesta psicológica al estrés y las reacciones emocionales, elevando así el riesgo de desarrollar depresión⁵. El dolor es un término multidimensional que involucra tanto componentes sensoriales como afectivos, generalmente su relación con el desarrollo de ansiedad y depresión se expresa en 4 enunciados: 1) La ansiedad y depresión aumentan la sensibilidad somática; 2) Emociones negativas causan algo de dolor; 3) Las emociones negativas pueden resultar del experimentar dolor crónico, y 4) El dolor y las emociones

negativas son conceptos concomitantes debido a su similitud en las bases biológicas⁹.

En una investigación longitudinal donde se estudian los trastornos del ánimo en la infancia, se menciona que los trastornos de ansiedad siempre preceden al trastorno depresivo mayor en los años siguientes⁸. Se ha identificado que, en los adultos con artritis reumatoide, casi la mitad de los pacientes necesitan intervención psicosocial al momento del diagnóstico⁶. Además, se ha descrito que la ausencia de tratamiento temprano para los trastornos de ansiedad y ánimo, pueden empeorar el pronóstico⁷.

Esto incentiva la necesidad de realizar una detección precoz de dichos trastornos especialmente en la población que se encuentre en riesgo; ya que, de no ser así, dichos pacientes pueden desarrollar trastornos severos y complejos durante la vida adulta si no son tratados correctamente durante los primeros años del diagnóstico.

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que diversos estudios demuestran una gran cantidad de pacientes con enfermedades reumatológicas que llegan a desarrollar algún trastorno psiquiátrico durante el curso de su enfermedad, en nuestro medio se desconoce la prevalencia exacta de dichos trastornos. Lo que dificulta detectar tempranamente a los adolescentes en riesgo. Dejando de lado la oportunidad para poder desarrollar estrategias y programas de intervención temprana, las cuales nos ayuden a evitar el deterioro estructural, funcional y social en el individuo, además de complicaciones que afecten la calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO IV

JUSTIFICACIÓN

En nuestra población no existen estudios que documenten la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes que padecen enfermedades reumatológicas. Dado que el porcentaje de pacientes con enfermedades reumáticas, tanto adultos como pediátricos, que se ven afectados con algún trastorno psiquiátrico es mucho mayor comparado con la población general; es de vital importancia desarrollar estrategias para la identificación y diagnóstico temprano de dichas patologías. Las cuales, pueden afectar de manera significativa el estilo y calidad de vida del paciente, especialmente durante la adolescencia, ya que es una etapa de la vida donde ocurren múltiples cambios en el individuo (tanto físicos como emocionales) para llegar a la adultez.

CAPÍTULO V

OBJETIVOS

Objetivo general

Estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población de adolescentes con enfermedades reumáticas que acuden a la Clínica de Transición del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Objetivos particulares

- Identificar los diagnósticos reumáticos más frecuentemente asociados con trastornos psiquiátricos.
- Identificar los posibles factores de riesgo asociados con el desarrollo de dichos trastornos.

CAPÍTULO VI

MATERIALES Y MÉTODOS

Fue un estudio con diseño observacional, descriptivo y transversal; el cual se llevó a cabo en las instalaciones del Departamento de Pediatría con datos obtenidos de los expedientes pertenecientes a la Clínica de Transición para adolescentes con Enfermedades Reumáticas del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en la ciudad de Monterrey, N.L. México., en un periodo de dos años que comprendieron desde Julio del 2017 hasta Julio del 2019.

Los criterios de inclusión de datos fueron los siguientes: 1) Adolescentes de ambos géneros (tanto masculino como femenino) con diagnóstico de alguna enfermedad reumática que acudieran a la clínica de transición. Se excluyeron a los pacientes en los que su trastorno psiquiátrico fuese originado por afectación debida a la enfermedad de base y a los que hayan rechazado participar en el estudio. Por último, se eliminaron todos aquellos expedientes con los datos incompletos.

Se recopiló información del expediente clínico de los pacientes que ingresaron a la clínica durante el tiempo mencionado. Dichos pacientes fueron evaluados, como estándar de manejo dentro del programa de transición, por psicología y psiquiatría al momento de su ingreso tomando en cuenta distintas variables sociodemográficas como edad, género, estado socioeconómico, etc. Así como variables psicológicas y propias de la enfermedad reumática (autoestima, sexualidad, estrés actual, entorno familiar, edad del diagnóstico, tiempo de evolución, actividad de la enfermedad, respuesta al tratamiento, etc.).

Los datos se recolectaron de manera transversal, tomando los resultados de la entrevista MINI KID (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents) que se realizó al ingreso como estándar de cuidado dentro de la Clínica de Transición. Dicha entrevista ha sido validada para su uso en pacientes de habla hispana, además, evalúa los principales trastornos psiquiátricos con interrogantes basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV. A los pacientes que puntuaron positivo en la entrevista, se les realizó una evaluación detallada por parte de psiquiatría para la confirmación del diagnóstico y tratamiento específico del mismo.

Para la evaluación de los objetivos secundarios, se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas y se relacionaron con los diagnósticos psiquiátricos establecidos en los pacientes de la clínica de transición.

La confidencialidad de los datos fue mantenida bajo lo establecido en la ley general de protección de datos personales en posesión de los particulares, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación, vigente desde julio de 2010.

Tamaño de muestra

Se utilizaron los datos de todos los pacientes que acudieron a la clínica de transición durante el periodo de tiempo establecido y de los cuales se contaron con la información completa.

Análisis estadístico

El análisis se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 25 (IBM Corp., Armonk, NY). Se utilizaron variables cuantitativas (continuas y discretas) y cualitativas, las cuales se describieron por medio de medidas de tendencia central y dispersión, además de frecuencias.

Se evaluaron los riesgos y las diferencias con pruebas paramétricas y no paramétricas según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

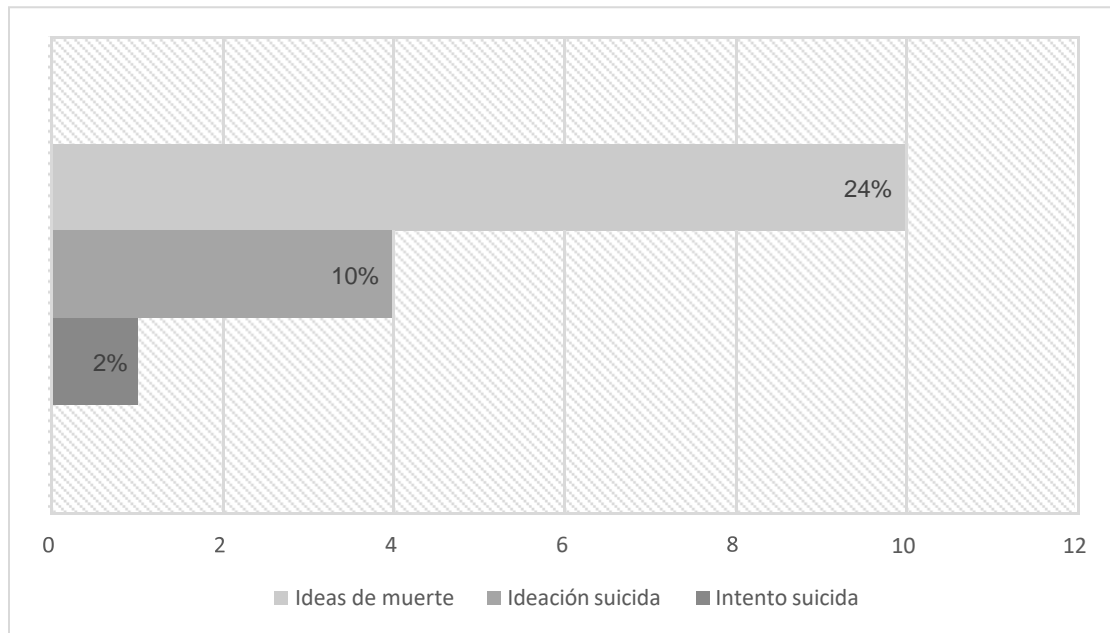
Se revisaron los expedientes de 45 pacientes, 4 de los cuales se excluyeron por contar con datos incompletos. Se analizaron los datos de 41 pacientes, se encontró una mediana de edad de 17 años con un rango intercuartil de 16-18 años (RIQ 16 – 18). En la descripción de las variables demográficas, fueron 31 pacientes (75%) de género femenino y 10 (25%) de género masculino, 30 (73%) estudiantes y la mayoría con escolaridad máxima de bachillerato (28, 68%). La mayoría practica alguna religión (26, 63%).

Los diagnósticos reumáticos más frecuentes fueron AIJ (20, 49%), LES (8, 20%) y esclerodermia (4, 10%). El tiempo de evolución de los pacientes fue de 3 años con un rango intercuartil de 1-7 años (RIQ 1 – 7).

Todos los pacientes son solteros, aunque 12 de ellos (29%) cuentan con pareja actualmente y 8 (20%) iniciaron vida sexual a una edad de 17 años (RIQ 15 – 18). La mayoría han tenido solamente una pareja sexual (6/8, 75%) y el 87% utilizan preservativo como método anticonceptivo (7/8, 87%). En cuanto a la orientación sexual, 2 pacientes (5%) expresaron ser homosexuales.

Durante la exploración psicológica, 10 pacientes (24%) referían antecedente de ideas de muerte y 4 (10%) ideación suicida previa. Sólo un paciente había realizado intento suicida (Figura 1).

FIGURA 1. Historia psicológica previa



Al realizar la encuesta MINI KID, se encontró que 27 (66%) pacientes puntuaron positivos para algún padecimiento psiquiátrico, los cuales se describen con detalle más adelante (Tabla 1).

Se inició tratamiento en 13 pacientes (32%), 7 farmacológico y 6 psicoterapia exclusivamente. Los fármacos usados fueron antidepresivos (3), antihistamínicos (2) y benzodiacepinas (2).

TABLA 1. Descripción de padecimientos psiquiátricos en la población del estudio.

Padecimiento	Frecuencia	%
Depresión	8	20
Riesgo suicida	1	2
Distimia	6	15
Hipomanía	0	0
Angustia	5	12
Agorafobia	5	12
Ansiedad de separación	3	7.3
Fobia social	6	15
Fobia específica	6	15
TOC	1	2
EEPT	1	2
Abuso de alcohol	1	2
Abuso de drogas	0	0
Dependencia a drogas	1	2
TIC	0	0
TDAH	3	7
Conducta	0	0
TND	2	5
Psicóticos	1	2
Anorexia	0	0
Ansiedad generalizada	3	7
Adaptativos	1	2

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo, EEPT: Estado de estrés postraumático, TIC: Trastorno de tic, TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TND: Trastorno negativista desafiante.

El análisis de factores de riesgo para presentar algún diagnóstico psiquiátrico se presenta en la Tabla 2. La escolaridad y el diagnóstico de base no fueron factores relevantes. Sin embargo, se encontró que 10 de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico presentaron ideas de muerte previas, comparado con cero pacientes en el grupo sin diagnóstico del MINI KID ($p=0.008$).

TABLA 2. Factores de riesgo para presentar algún trastorno psiquiátrico.

Factor	Con trastorno psiquiátrico N = 27	Sin trastorno psiquiátrico o N = 14	Riesgo (IC 95%)	Valor de P
Sexo femenino	23 (85)	8 (57)	4.3 (0.9 – 19.3)	0.057
Pareja	10 (37)	2 (14)	3.5 (0.6 – 19)	0.123
Heterosexual	25 (93)	14 (100)	0.6 (0.5 – 1.3)	0.428
Vida sexual activa	6 (22)	2 (14)	1.7 (0.3 – 9.8)	0.435
Ocupación	21 (78)	13 (93)	0.3 (0.1 – 2.5)	0.224
Ideas de muerte	10 (37)	0 (0)	1.8 (1.3 – 2.5)	0.008
Ideación suicida	4 (15)	0 (0)	1.6 (1.2 – 2.1)	0.173
Intento suicida	1 (4)	0 (0)	1.5 (1.2 – 1.9)	0.659
Religión	17 (65)	9 (75)	0.6 (0.1 – 2.9)	0.421

Por otro lado, se realizó un análisis estadístico que comparó la relación entre las variables sociodemográficas y los principales diagnósticos psiquiátricos, dichos resultados se expresan en las Tablas 3 y 4.

TABLA 3. Factores de riesgo para presentar algún trastorno del estado del ánimo.

Factor	Con trastorno del estado de ánimo N = 11	Sin trastorno del estado de ánimo N = 30	Riesgo (IC 95%)	Valor de P
Sexo femenino	9 (82)	22 (73)	0.6 (0.1 – 3.4)	.454
Pareja	5 (46)	7 (23)	0.3 (0.1 – 1.5)	.160
Heterosexual	10 (91)	29 (97)	2.9 (0.2 – 50.8)	.470
Vida sexual activa	2 (18)	6 (20)	1.1 (0.2 – 6.6)	.637
Ocupación	9 (82)	25 (83)	1.1 (0.2 – 6.7)	.619
Ideas de muerte	6 (55)	4 (13)	3.7 (1.4 – 9.6)	.013
Ideación suicida	3 (27)	1 (3)	3.5 (1.5 – 7.9)	.052
Intento suicida	1 (9)	0 (0)	4 (2.3 – 6.8)	.268
Religión	8 (73)	18 (67)	0.7 (0.1 – 3.5)	.516

TABLA 4. Factores de riesgo para presentar algún trastorno de ansiedad.

Factor	Con trastorno de ansiedad N = 19	Sin trastorno de ansiedad N = 22	Riesgo (IC 95%)	Valor de P
Sexo femenino	17 (90)	14 (64)	2.7 (0.7 – 9.8)	.058
Pareja	8 (42)	4 (18)	1.7 (0.9 – 3.2)	.091
Heterosexual	18 (95)	21 (96)	1.16 (0.1 - 20)	.718
Vida sexual activa	4 (21)	4 (18)	1.1 (0.5 – 2.4)	.562
Ocupación	14 (74)	20 (91)	0.6 (0.3 – 1.1)	.148
Ideas de muerte	8 (42)	2 (9)	2.2 (1.3 – 3.9)	.017
Ideación suicida	3 (16)	1 (5)	1.7 (0.9 – 3.4)	.249
Intento suicida	1 (5)	0 (0)	2.2 (1.5 – 3.1)	.463
Religión	14 (74)	12 (63)	1.3 (0.6 – 2.7)	.364

Se encontró que el haber presentado ideas de muerte previa aumenta el riesgo de desarrollar algún trastorno del estado del ánimo o trastorno de ansiedad ($p = 0.013$ y $p = 0.017$, respectivamente). Por el contrario, al realizar un análisis secundario excluyendo la fobia específica de los trastornos de ansiedad, se encontró que el contar con una pareja aumentaba el riesgo de padecer dichos trastornos ($p = 0.043$).

TABLA 5. Factores de riesgo para presentar algún trastorno de ansiedad (excluyendo fobia específica).

Factor	Con trastorno de ansiedad N = 14	Sin trastorno de ansiedad N = 27	Riesgo (IC 95%)	Valor de P
Sexo femenino	12 (86)	19 (70)	1.9 (0.5 – 7.2)	.246
Pareja	7 (50)	5 (19)	2.4 (1.1 – 5.4)	.043
Heterosexual	13 (93)	26 (96)	0.7 (0.2 – 2.8)	.572
Vida sexual activa	4 (29)	4 (15)	1.6 (0.7 – 3.9)	.257
Ocupación	11 (79)	23 (85)	0.7 (0.3 – 2.1)	.449
Ideas de muerte	6 (43)	4 (15)	2.3 (1.1 – 5.1)	.057
Ideación suicida	3 (21)	1 (4)	2.5 (1.2 – 5.3)	.107
Intento suicida	1 (7)	0 (0)	3.1 (1.9 – 4.8)	.341
Religión	10 (71)	16 (67)	1.1 (0.5 – 2.9)	.528

CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN

Los grandes avances de la medicina con respecto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, ha cambiado el espectro clínico de la pediatría. Las tasas de supervivencia han ido incrementando mucho más que hace 20 o 30 años; como consecuencia, muchos niños y adolescentes viven ahora con enfermedades crónicas como diabetes mellitus 1 y 2, cáncer, asma, dolor crónico, etc.¹⁰

Estas enfermedades y su tratamiento representan para los niños, adolescentes y sus familias un alto grado de estrés crónico, que puede contribuir al desarrollo de problemas emocionales o del comportamiento y que, además, puede comprometer su adherencia al tratamiento.¹⁰

Las enfermedades reumáticas se caracterizan por fenómenos de autoinmunidad e inflamación que puede ser localizada o generalizada. En la literatura se describe que las patologías más frecuentes en la infancia y la adolescencia son la artritis idiopática juvenil (AIJ), el lupus eritematoso sistémico (LES) y la dermatomiositis juvenil (DMJ).² Esto coincide con lo encontrado en nuestra población de estudio la cual reporta los casos de AIJ en el 49% de los pacientes, LES en el 20% y esclerodermia en el 10%. El resto del porcentaje pertenece a patologías como la dermatomiositis juvenil, fibromialgia juvenil (FMJ) y vasculitis.

Estas enfermedades inflamatorias crónicas pueden producir síntomas localizados (artralgias, artritis) y sistémicos (malestar general, anorexia, pérdida de peso, fatiga).² Debido al amplio espectro de manifestaciones clínicas que

estos pacientes pueden presentar, se han desarrollado cuestionarios sobre la calidad de vida, los cuales reflejan el grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico, emocional y social. En una revisión donde se analizan diversos estudios sobre la calidad de vida en adolescentes con LES, se observó un nivel alto de ansiedad y depresión, además de otros trastornos psicológicos tanto en los pacientes como en los familiares. Algunos factores sociodemográficos como la ocupación y el estado civil se asociaron con mayor frecuencia en la afección de la calidad de vida a nivel mental/psicológico.¹¹

En la literatura se describe que los pacientes con enfermedades reumáticas presentan un riesgo 3 veces mayor que la población general de padecer algún trastorno psiquiátrico. Se menciona una prevalencia estimada de trastornos del ánimo que va desde 20-80% y de los trastornos de ansiedad en un 13-64% en adolescentes que padecen FMJ.¹² Con una prevalencia global estimada de 77%.¹³ Lo que se relaciona estrechamente a lo reportado en nuestro estudio, donde se encontró una prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades reumáticas del 66%.

Así mismo, los diagnósticos más frecuentemente encontrados fueron trastornos del estado de ánimo (depresión mayor) en un 20% y trastornos de ansiedad en un 45.3%. Valores similares a los que se describen en la literatura para patologías reumáticas específicas.^{12,13}

En una revisión sistemática de pacientes adultos con artritis reumatoide (AR) demostró que al comparar un grupo control de pacientes sanos contra aquellos con AR, el segundo grupo presentó mayor número de individuos con depresión, asociado principalmente a la enfermedad. No se encontró diferencia significativa al comparar los factores sociodemográficos. Cuando se compararon contra grupos de pacientes con fibromialgia y osteoartritis, se encontró que los individuos con AR fueron más propensos a presentar.³

En un estudio realizado en pacientes jóvenes con diagnóstico de fibromialgia juvenil (FMJ) desde la adolescencia comparados contra un grupo control de pacientes sanos, se observó que los trastornos más frecuentes en los pacientes con FMJ fueron ansiedad (46%), depresión mayor (18.7%), fobia social y específica, trastornos del pánico y trastorno de estrés post traumático. No hubo significancia estadística al comparar grupos con enfermedad activa y no activa o con síntomas mínimos.¹² En otra cohorte de pacientes adultos con FM se describe en el grupo con trastornos de ansiedad, tenían antecedentes de haber presentado abuso sexual o físico durante la niñez. No hubo diferencia en cuanto a variables como sexo, edad, número de áreas dolorosas o duración del dolor.

Nuestro análisis demostró que aquellos con ideas de muerte previas, tenían un mayor riesgo de padecer algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad ($p = 0.013$ y $p = 0.017$, respectivamente).

Se ha descrito que una alta frecuencia de interacciones maritales negativas en parejas donde uno de los individuos tiene AR, se asocia con una peor perspectiva del paciente con respecto a su enfermedad y al empeoramiento de los síntomas psiquiátricos. En cambio, relaciones donde hay gran apoyo por parte del cónyuge sano, se ha observado mayor tolerancia al estrés y capacidades para afrontar retos, además de servir como protector para el desarrollo de síntomas psiquiátricos.¹⁴ Esto puede corresponder a lo encontrado en nuestro estudio donde encontrarse en una relación sentimental, se asocia con mayor riesgo de presentar algún trastorno de ansiedad ($p = 0.043$).

Al contrario de lo reportado en la literatura, en este estudio no se encontró mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos en relación con la enfermedad de base. Así mismo, la relación entre factores sociodemográficos como sexo, edad, religión, escolaridad, ocupación y vida sexual no demostraron ser significativos para el desarrollo o empeoramiento de síntomas psiquiátricos.

Una limitante del estudio es que no se pudieron evaluar otros factores sociales, como estado socioeconómico, debido a contar con datos incompletos.

Entre las fortalezas del estudio, tenemos que no se encuentra en la literatura estudios sobre la prevalencia de estos trastornos en adolescentes con enfermedades reumáticas. Al conocer dichos datos, nos brinda oportunidades para realizar un estudio más extenso en el que se puedan evaluar múltiples factores de riesgo para trastornos psiquiátricos, observar el seguimiento de estos pacientes y diseñar intervenciones multidisciplinarias para mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

Se encontró que más de la mitad de los pacientes que acuden a la clínica de transición cuentan con algún diagnóstico psiquiátrico.

Esto nos da una pauta para formular estrategias multidisciplinarias que involucren aspectos tanto físicos como biológicos y sociales; que nos ayuden a realizar detecciones tempranas. Con el fin de evitar exacerbaciones futuras de la propia enfermedad y mejorar la perspectiva del paciente sobre su patología, mejorando su calidad de vida.

Observamos que los factores socioambientales son de gran importancia, ya que, independientemente de la enfermedad de base, éstos se asocian con mayor riesgo de presentar una enfermedad psiquiátrica en los adolescentes con enfermedades reumáticas. No solo eso, sino que también este estudio puede ser un pilar para nuevas investigaciones en este campo, que involucren diversas enfermedades crónicas de la infancia o adolescencia.

CAPÍTULO X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud del Adolescente - Desarrollo en la Adolescencia. OMS.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Kliegman RM., Behrman RE., Jenson HB., Stanton BF. Nelson Tratado de Pediatría: Capítulo 12 – Adolescencia, Barcelona: Elsevier. 2008; página 62-63.
3. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, et al. (2002) Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literatura with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 64(1): 52–60.
4. Isik A, Koca SS, Ozturk A, et al. (2007) Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology* 26(6): 872–878.
5. Sturgeon JA, Finan PH and Zautra AJ (2016) Affective disturbance in rheumatoid arthritis: Psychological and diseaserelated pathways. *Nature Reviews: Rheumatology* 12(9): 532–542.
6. Gafvels C, Hagerstrom M, Nordmark B, et al. (2012) Psychosocial problems among newly diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Clinical Rheumatology* 31(3): 521–529.
7. Post RM, Leverich GS, Kupka RW, et al: Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry* 71:864–872, 2010

8. N Tsintsadze, O Antelava, N Tsintsadze: Anxiety and Depression in Patients with Rheumatic diseases. 2012.
9. Margetić, B., Aukst-Margetić, B., Bilić, E., Jelušić, M., & Tambić Bukovac, L. (2005). Depression, anxiety and pain in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). *European Psychiatry*, 20(3), 274–276.
10. Compas et al. Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2012.8:455-480.
11. Blazquez et al. Cuestionarios de calidad de vida en niños y adolescentes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Cubana de Reumatología*. Volumen XVII, Número 2, May-Ago; 2015: 172-177.
12. Cunningham, et al: Psychiatric disorders in FM, *The Journal of Rheumatology* 2015; 42:11.
13. Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837–844.
14. Sturgeon et al. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatol.* 2016 September; 12(9): 532–542.

CAPÍTULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Lucero Valderrama Iracheta

Candidato para el Grado de Especialista en
Pediatria

TESIS “PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN
ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS ATENDIDOS EN
LA CLÍNICA DE TRANSICIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ
ELEUTERIO GONZÁLEZ”.”

Campo de estudio: Ciencias de la salud.

Biografía:

Datos personales: Originaria de Monterrey, Nuevo León. Nacida el 18 de septiembre de 1991, hija de Elvia Patricia Iracheta Mendoza y Ascención Valderrama Guerra.

Educación: Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, obteniendo el grado de Médico Cirujano y Partero en el 2015.